

Tadeusz Aleksander

TERAPIA KULTUROWA I EDUKACYJNA WOBEC CHOROBY

1. Geneza terapii

Zarówno lekarze, jak i przedstawiciele innych kategorii zawodowych związanych z lecnictwem, od wielu lat zwracają uwagę na trzy niepokojące zjawiska, których doświadcza człowiek hospitalizowany – często przez długi czas – w instytucjach zamkniętej opieki zdrowotnej, tj. w klinikach i szpitalach. Pierwsze to niekiedy złe samopoczucie pacjenta o nadwątlonym zdrowiu. Ogarnia go niejednokrotnie strach i przerażenie, obawa o przyszłość i niepewność dotycząca efektów leczenia. Prześladowają go myśli o tym, co pozostawił w domu i pracy zawodowej na czas leczenia. Myśli te potęgowane są u niego przez monotonię spowodowaną bielą szpitalną, wykonywaniem tych samych codziennych czynności porządkowo-pielęgnacyjnych w salach, obserwacją zachowania pacjentów często przestraszonych zabiegami leczniczymi, treścią rozmów toczonych pomiędzy chorymi, w czasie których wyolbrzymiane są niejednokrotnie przez rozmówców informacje o zabiegach leczniczych i ich skutkach.

Zjawisko drugie to duża ilość, niekiedy nawet nadmiar, czasu wolnego, który zostaje pacjentom po zabiegach leczniczych i wykonaniu innych koniecznych czynności. Poczucie nadmiaru czasu niektórym pacjentom wydłuża bezsenność, myśli o czekających ich zajęciach w domu i pracy itp. Nad tym rozmyślają często ekonomiści, zwracając uwagę na straty (gospodarcze) poszczególnych osób, spowodowane zmarnowaniem czasu. Zastanawiają się nad nim także psychologowie, zwłaszcza kliniczni oraz pedagodzy – głównie społeczni – zwracając uwagę na jego negatywne skutki w postaci powstawania zjawiska wspomnianego poczucia nudy szpitalnej, okazji do rozmów na tematy niepożądane dla pacjentów, niepotrzebnego rozmyślania, w czasie którego rodzą się czarne myśli i pesymistyczne wizje dalszych losów poszczególnych chorych.

Ponadto czas pobytu w klinice czy szpitalu na leczeniu oznacza dla ludzi wielu zawodów popadnięcie w stan bezczynności, który spowodować może nie tyl-

ko częściowy zanik umiejętności zawodowych, ale także spore osłabienie ogólnej sprawności umysłowej i fizycznej, potrzebnej do efektywnego wykonywania pracy zawodowej i funkcjonowania w życiu codziennym.

By tym trzem niekorzystnym zjawiskom zapobiegać, zmniejszyć cierpienia pacjentów – a co najważniejsze – przyspieszyć proces poprawy ich zdrowia, wypracowano w ciągu wieków¹ różne formy zajęć profilaktycznych, takich jak gimnastyka czy elementy turystyki i rozmaitych prac praktycznych. Ponadto w szpitalach i klinikach europejskich wdrożono rozmaite formy kontaktu pacjentów z kulturą i treściami oświatowymi. Z reguły zabiegi te, traktowane jako spora innowacja w praktyce szpitalnej, nazywa się kulturoterapią, określaną jako wykorzystywanie treści kultury do tworzenia środka terapeutycznego w leczeniu chorych. W praktyce kulturoterapia to organizowanie intencjonalnych form kontaktu pacjentów z kulturą i sztuką oraz treściami oświatowymi (wiedzą). Wszystko po to, by z jednej strony uprzyjemnić mu pobyt w szpitalu lub klinice, z drugiej odciągnąć jego uwagę od negatywnych myśli, a nade wszystko zaś zintensyfikować i przyspieszyć jego leczenie.

2. Cele kulturoterapii

Podobnie jak wcześniej wypracowane różne formy „łagodnego” leczenia (stosowanie przyjaznego pacjentom wystroju sal – szczególnie ważne w przypadku sal dla dzieci, rozgłaszanie pacjentów w pomieszczeniach szpitalnych, otaczanie klinik i szpitali zielenią, urządzenie miejsc do spacerów i przechadzek), jak przemyślana pomoc pacjentowi przebywającemu w klinice i szpitalu, kulturoterapia to ważny element szerszego procesu, jakim jest humanizacja medycyny i lecznictwa. W owej humanizacji, pojmowanej jako czynienie pobytu w klinice i szpitalu bardziej przyjaznym dla chorego a całego procesu leczenia łagodniejszym, bliższym naturze i oczekiwaniom pacjenta, częściej zwraca się uwagę na potrzeby i naturę leczącego się człowieka. Wszystko po to, by w niektórych przypadkach zapobiec powstawaniu złego samopoczucia u pacjentów, a w innych takie samopoczucie osłabiać i neutralizować. Dzieje się tak przez kontakt z wieloma obszarami kultury: muzyką (muzykoterapia), sztukami plastycznymi (arteterapia) – tak znacząco stymulującymi proces leczenia u osób chorych psychicznie, sportem i ćwiczeniami fizycznymi (fizykoterapia), pracą (ergoterapia) i – umownie nazywając – wiedzą (biblioterapia, bo pacjenci głównie przez czytelnictwo zdobywają informacje i wiedzę). Celem tych zajęć w klinikach i szpitalach jest profilaktyka i przeciwdziałanie szpitalnej nudzie, wrażeniu monotonii. Kolejnym celem jest przeciwdziałanie szpitalnemu lękowi i powstawaniu czarnych myśli, które niezwykle często i łatwo nachodzą pacjentów. Nie bez znaczenia jest także cel w postaci przeciwdziałania popadaniu pacjentów w beczynność, grożącą zanikiem umiejętności zawodowych z powodu długiej ho-

¹ Wydaje się, że za początek zorganizowanej działalności w tym zakresie uznać należy inicjatywę Kościoła katolickiego, gdzie powołano do życia specjalną instytucję w postaci diakonów (gr. *diakonis* = sługa), którzy jako pomocnicy lokalnego biskupa opiekowali się chorymi i biednymi. W opiece tej uciekali się często oni do działań pozamedycznych. W XIX w. w szpitalach krajów anglosaskich i skandynawskich zaczęto tworzyć biblioteki dla pacjentów.

spitalizacji. Dodać też do tego można też cel „pozytywniejszy” w postaci wdrażania pacjentów do uczestnictwa w kulturze i pogłębianie u nich zainteresowania nią.

3. Podstawy prawne

Dzisiaj istnieją już podstawy prawne pozamedycznej działalności dotyczącej pacjentów klinik i szpitali. Związane są one na razie z opieką duszpasterską i biblioterapią. Wskazuje na to treść Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej. W pierwszej z nich (art. 19) czytamy, że pacjent w klinice i szpitalu ma prawo do opieki duszpasterskiej. Natomiast w drugiej z wymienionych (art. 26) prawodawca informuje, że w celu zapewnienia obsługi bibliotecznej specjalnych grup użytkowników „[...] prowadzone są biblioteki w zakładach opieki zdrowotnej i w domach pomocy społecznej [...]”. Zezwala ona także podmiotom organizującym imprezy artystyczne i rozrywkowe na działalność objazdową, co stwarza możliwość organizowania stosownych imprez kulturalnych także dla pacjentów w klinikach i szpitalach.

Nieco szczegółowiej kwestię bibliotek dla pacjentów hospitalizowanych reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2000 r. Zobowiązuje ono zakłady opieki zamkniętej do zapewnienia odpowiedniego, stałego pomieszczenia na bibliotekę, określa jej poziom organizacyjny (punktu bibliotecznego) w takim zakładzie – uzależniając go od liczby pacjentów – oraz określa sposób organizowania czytelnictwa osobom chorym.

Jeszcze dokładniej sprawy pozamedycznej opieki nad pacjentami, a więc i organizowania kulturoterapii, rozstrzygają regulaminy porządkowe poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej. W niektórych z nich, stosownie do ich specyfiki, zamieszczone są rozstrzygnięcia na temat zadań i obowiązków określonych pracowników w omawianym zakresie oraz instrukcje organizacyjne dotyczące prowadzenia różnych form kulturoterapii. Studia nad tymi szczegółowymi dokumentami wielu klinik i szpitali zdają się wskazywać na docenianie kulturoterapii w tych instytucjach. Praktyka zaś dowodzi, że mimo różnych przeszkód i trudności w wielu instytucjach (robi się to bez zaangażowania środków finansowych poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, z powodu zakazu ustawowego), czyni się w zakresie kulturoterapii sporo.

4. Warunki organizacyjne

Działalność ta organizowana jest w klinikach i szpitalach przez rozmaite instytucje (z treści cytowanej Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wynika – o czym wspomniano wyżej – że koszty jej nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej) takie, jak: instytucje kultury (biblioteki, domy i centra kultury), sztuki (instytucje muzyczne, teatry, muzea, galerie sztuki), rozmaite stowarzyszenia (kultury fizycznej, artystyczne), związki twórcze (np. literatów), grupy hobbistyczne (np. filatelistów),

stowarzyszenia regionalne, różnego rodzaju fundacje (np. Fundacja „Marzenie”, angażująca się w organizowanie zajęć dla dzieci w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie). W organizowanie różnych form pozamedycznego oddziaływania na pacjentów angażowany bywa w różnych zakładach zamkniętej opieki zdrowotnej personel pielęgniarstwa (dawniej zatrudniano w niektórych klinikach i szpitalach pracownika kulturalno-oświatowego), księża oraz wolontariusze. Liczba takich pracowników i sposób angażowania się w tę działalność zależą od zrozumienia jej potrzeb przez dyrekcję oraz poziomu przekonania o jej przydatności personelu klinik i szpitali.

W klinikach i szpitalach wygospodarowano specjalne miejsca i pomieszczenia dla organizowania różnych form pozamedycznego oddziaływania na pacjenta w jego czasie wolnym. Są to: tereny zielone (parki, skwery, alejki, deptaki, ścieżki spacerowe, place zabaw, zwłaszcza dla dzieci itp.), baseny, kaplice i ich zaplecze, sale gimnastyczne (sale do ćwiczeń rehabilitacyjnych), świetlice, sale konferencyjne, pomieszczenia bibliotek itp.

W większości klinik i szpitali w pomieszczeniach tych zgromadzono rozmaity sprzęt oraz pomoce oświatowe i artystyczne. Przykładem są odbiorniki radiowe i telewizyjne, zbiory książek i prasy oraz taśm i płyt z nagraniami (w bibliotekach), urządzenia do ćwiczeń w salach gimnastycznych i na placach zabaw, komplety gier świetlicowych, niekiedy też magnetowidy i komputery (z dostępem do Internetu). Stosunkowo nieźle w pomoce do zajęć wyposażone są sale do zajęć wolnocoasowych dla dzieci w dużych klinikach i szpitalach, są to zwłaszcza gry, zabawki i różnego typu klocki. Oczywiście jest, że do wielu zajęć kulturoterapeutycznych wykorzystywany jest sprzęt (np. instrumenty muzyczne, aparatura nagłaśniająca) instytucji artystycznych prezentujących swój dorobek w klinikach i szpitalach.

5. Formy kulturoterapii

Działalność na rzecz wsparcia pacjentów przebywających na leczeniu w klinikach i szpitalach przybiera kilka form². Przypomnieć na nasz użytek wypada, że przez formę rozumieć tutaj należy rodzaj działania: sportowego, edukacyjnego, kulturalnego, artystycznego czy też rekreacyjnego, którego uczestnikami są pacjenci pozostający na leczeniu w klinikach i szpitalach. Dokonuje się wielorakich podziałów form, zależnie od rodzaju przyjętego kryterium. Ze względu na liczbę uczestników można wyodrębnić formy indywidualne (czytelnictwo, spacer) i zbiorowe (prelekcja, spotkanie z literatem, gra ruchowa). Zaś odwołując się do kryterium rodzaju i intensywności wysiłku wkładanego w zajęcia, podzielić je można na intensywne i ekstensywne (niejako pogłębiające i poszerzające rozwój umysłowy uczestników).

Nie wnikając w dalsze klasyfikacje form, wymieńmy najpospolitsze. Chyba najprostsza z nich, a zarazem bardzo ważną dla pacjentów, to rozmowy z lekarzami i pielęgniarkami na temat postępowania po zabiegu oraz realizowana w ich toku edukacja na temat leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Ważną rolę te-

² Formy te są znacznie bardziej rozwinięte w sanatoriach, co spowodowane jest lepszym stanem zdrowia i większą z reguły ilością czasu wolnego pensjonariuszy.

rapeutyczną wobec osób hospitalizowanych pełnią też rozmowy przeprowadzane z nimi przez kapłanów w czasie odwiedzin w szpitalach i klinikach. Rozmowy te są ważną i znaczącą formą edukacji i wsparcia obawiających się o swój los pacjentów. Oczywiście efektywność ich zależy od poziomu i jakości tej formy pomocy i wsparcia osób przebywających w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej.

Do starych i sprawdzonych form kulturoterapii w wielu klinikach i szpitalach należą prelekcje i pogadanki oraz spotkania z tzw. ciekawymi ludźmi: literatami, muzykami, plastykami, twórcami popularnych filmów, podróżnikami itp. Formy te, tj. zarówno wykłady popularne, jak i spotkania z ludźmi wybitnymi, mają swoją specyfikę metodyczną i organizacyjną. Muszą być na ogół krótkie i atrakcyjne w treści i sposobie przeprowadzenia. Mimo krótkiego czasu trwania i sporadyczności (ze względu m.in. na koszty) przyczyniają się wyraźnie do poznania przez uczestników wielu zjawisk z różnych dyscyplin nauki oraz rozmaitych obszarów kultury i sztuki.

Chyba najszerzej rozwiniętą formą kulturoterapii w klinikach i szpitalach jest czytelnictwo. Realizowane przy jego pomocy wsparcie pacjentów nazwano biblioterapią. Refleksja na temat organizacji i funkcji czytelnictwa w zakładach opieki zamkniętej jest mocno rozwinięta w wielu krajach, najmocniej, jak się wydaje, w Czechach, gdzie również doprowadzono do perfekcji jego możliwości terapeutyczne. Oddziaływanie na pacjenta za pomocą czytelnictwa realizuje się nawet w przypadkach najcięższych schorzeń nadciśnieniowych i terminalnych. Biblioterapia polega na stosowaniu lektury książek i czasopism jako środka terapeutycznego w leczeniu chorych. W tym celu w klinikach i szpitalach naszego kraju zorganizowana została sieć bibliotek (biblioteki główne, ich filie i punkty biblioteczne na oddziałach). Wypracowano dobrą strategię (kryteria) doboru książek dla pacjentów, adekwatnie do ich możliwości i do wskazań czytelniczych. Dopracowano się także sensownej i oryginalnej metodyki pracy bibliotekarza z chorym czytelnikiem (w tym i sposobu docierania z książką do chorego w łóżku). Badania, jak i liczne doświadczenia praktyczne wskazują na dużą efektywność terapeutyczną dobrze zorganizowanego czytelnictwa.

Inne formy działalności na rzecz stymulowania procesu wyzdrowienia realizowane w klinikach i szpitalach wiążą się z kulturą fizyczną. Są to spacerory i gimnastyka zdrowotna oraz rehabilitacyjna (dostosowana do możliwości pacjenta wynikających z rodzaju jego choroby), spacerory i krótkie wycieczki (wyłącznie dla zainteresowanych), aerobik, zabawy i gry ruchowe itp. Przeciwdziałają one różnego rodzaju schorzeniom fizycznym i zanikowi sprawności motorycznej, jakie powoduje bezruch chorego oraz poprawiają jego samopoczucie.

Do często organizowanych zajęć dla pacjentów należą koncerty i przedstawienia³. Koncerty dawane są przez na ogół małe grupy wokalnie-instrumentalne z instytucji artystycznych (filharmonie, teatry muzyczne i operowe, orkiestry kameralne, grupy regionalne i narodowościowe itp.). Natomiast przedstawienia polegają na prezentowaniu się małych grup teatralnych (zawodowych i amatorskich), kabareto-

³ Specjalne miejsce wśród omawianych form zajmują nabożeństwa odprawiane codziennie w kaplicach (kościółkach) klinik i szpitali.

wych, teatrów jednego aktora, zespołów szkolnych itp. Nasilenie liczby koncertów i przedstawień dla pacjentów w klinikach i szpitalach następuje w okresie świąt Bożego Narodzenia. Wtedy to wiele zespołów artystycznych odgrywa w tych instytucjach jasełka i inne scenki obrzędowe. Cieszą się one dużą popularnością, zwłaszcza u dzieci i młodzieży.

W klinikach i szpitalach od lat zadomowiło się także radio i telewizja, a odbiór za ich pośrednictwem informacji i programów artystycznych należy do częstszych zajęć pacjentów. Audycji radiowych pacjenci najczęściej słuchają indywidualnie. Niejako dla odmiany, program telewizyjny oglądany jest najczęściej zbiorowo w pomieszczeniach świetlicowych i jadalniach.

Coraz bardziej popularna współcześnie w klinikach i szpitalach jest terapia przez pracę (ergoterapia). Polega ona na angażowaniu pacjentów w wykonywanie różnych prac pomocniczych, np. pomoc bibliotekarzowi w obsłudze czytelników, przygotowaniu koncertów i przedstawień dla pacjentów. Wspomnieć również należy i o tym, że sporo pacjentów, by zagospodarować czas wolny, podejmuje różnego rodzaju – w miarę możliwości – indywidualne zajęcia. Jedni uczą się do egzaminów, inni (głównie pracownicy naukowci) czytają zaległe rozprawy, a nawet piszą prace naukowe. Jeszcze inni dyskutują, wspominając swoje – niejednokrotnie bogate – doświadczenia życiowe i zawodowe. Pewna część pacjentów w czasie choroby oddaje się – często w ciszy – głębokiemu namysłowi nad swym życiem i postępowaniem, a następnie, po wyjściu z kliniki czy ze szpitala, niejednokrotnie zmienia je.

Trzeba przyznać, że obecnie zarówno w naszym kraju, jak i za granicą nadal poszukuje się nowych form szpitalnej kulturoterapii, stale powiększając ich listę. Do nowych należy wypróbowana już w Kalifornii śmiechoterapia, której istotą jest stosowanie kuracji poprzez humor, ironię, żart i autoironię. W przypadku dzieci i młodzieży coraz intensywniej rozwijaną formą kulturoterapii staje się bajkoterapia polegająca – jak sama nazwa wskazuje – na czytaniu i opowiadaniu bajek i baśni chorym w tym wieku rozwojowym. Na pomysłowy eksperyment w tym zakresie odważyła się Dyrekcja Szpitala Dziecięcego w Kielcach (1997 r.). Miejscowa instruktorka teatralna zaproponowała dzieciom w szpitalu zajęcia z dramy. Początkowo dzieci były przestraszone, chowały się po kątach, bały się wyjść na środek (przerażało je słowo „drama”, co sygnalizuje potrzebę starannego doboru ofert zajęć – nawet jeśli chodzi o nazwę – dla wyczulonych na wszystko pacjentów w klinikach i szpitalach). Z czasem w ich oczach było coraz mniej lęku i zaczęły pytać prowadzącą o porę przyjscia następnego dnia. Zauważono, że dzięki udziałowi w tych zajęciach, u hospitalizowanych dzieci zmniejszyło się uczucie lęku i osamotnienia⁴.

Ilość i jakość realizowanych działań kulturoterapeutycznych zależy od wielkości kliniki czy szpitala (na ogół w większych dzieje się w tym zakresie znacznie więcej), ich typu (a zatem rodzaju), stanu i wieku pacjentów. Jeśli chodzi o wiek, wskazać trzeba na szczególną troskę o organizowanie pozamedycznego wsparcia pacjentów w szpitalach dla dzieci. Przykładem może służyć Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, który uznać wypada za wzorcowy w tym zakresie. Zadba-

⁴ Informacja uzyskana od doc. dr. Marka Świecy z Akademii Pedagogicznej w Kielcach, znanego pasjonata edukacji przez dramę.

no w nim o wystrój sal (tapety na ścianach z misiami i kwiatkami) wyposażonych w meble oraz zabawki i klocki. Dla najmłodszych zorganizowano tam przedszkole, dla starszych – różne formy zastępcze nauczania szkolnego. Urządza się też dla nich zabawy ruchowe oraz rozmaite zajęcia rozrywkowe, występy zaproszonych zespołów muzycznych i teatralnych (także dziecięcych i młodzieżowych), organizuje dla nich teatrzyk, a odwiedzająca szpital grupa artystyczna o wymownej nazwie „CW Clown”, od czasu do czasu zabawia dzieci leczone na różnych oddziałach rozmaitymi sztuczkami. Rozległy jest tam wachlarz prac plastycznych (twórczych) organizowanych przez dzieci. Trwałym elementem wsparcia dzieci w walce z chorobą stały się w tym szpitalu specjalne turnusy rehabilitacyjne.

6. Zasady organizacyjne

Wieloletnie organizowanie działań terapeutycznych omawianych w tym opracowaniu doprowadziło do wytworzenia kilku zasad ich realizacji. Pierwsza z nich to założenie, że działania te muszą być szczegółowo konsultowane z lekarzem. Wszystkie bowiem formy kulturoterapii i innych działań terapeutycznych muszą być dostosowane do rodzaju i stanu choroby oraz możliwości osób chorych. Nie wszyscy pacjenci mogą korzystać z każdej formy terapii i związanego z nią wsparcia. O tym, które rodzaje zajęć wolnoczasowych są wskazane dla pacjenta, a jakich należy unikać, najtrafniej orzeknie lekarz opiekujący się chorym. Z tej wypływa druga zasada, formułowana jako postulat: o tym, że poszczególne formy kulturoterapii muszą być dostosowane do specyfiki choroby i potrzeb kulturalno-oświatowych pacjentów. Zasada następna sprowadza się do postulatu dobrowolności. Uczestnictwo chorych w oferowanych im zajęciach terapeutycznych musi być w pełni dobrowolne. Można jedynie spokojnie i ostrożnie zachęcać lub budzić nimi zainteresowanie chorych. Stosowanie w tym obszarze przymusu nie tylko nie wróży działalności terapeutycznej sukcesu, ale może pogłębić niechęć do niej, a nawet wywołać uraz do wykonywania określonych niekiedy bardzo potrzebnych czynności.

W działalności tej wypracowano też zasadę preferencji treści pozytywnych nad negatywnymi. Znaczy to, że w jej toku zapoznaje się pacjentów (przypomina im) z treściami o wydźwięku pozytywnym i jednoznacznie optymistycznym. Natomiast unika się omawiania zagadnień pesymistycznych, przypominania tego, co może się okazać dla pacjenta przykre i niekorzystne. Zasada ta dotyczy treści książek, wygłaszanych prelekcji, organizowanych koncertów i przedstawień. W niektórych klinikach i szpitalach w organizowaniu omawianej działalności stosuje się też zasadę sięgania do pomocy organizatorskiej samych pacjentów, jeśli pozwala na to ich stan. Oni to, zwłaszcza lżej chorzy i rekonwalescenci, niejednokrotnie postulują i współorganizują niektóre zajęcia, trafiając z reguły bardzo celnie (ich treścią i formą) w potrzeby i oczekiwania pacjentów.

Niewątpliwie ważna w organizowaniu tych zajęć jest zasada atrakcyjności. Decyduje o niej dobór treści oraz ich forma organizacyjna. Treści przekazywane i opracowywane na tych zajęciach muszą być wartościowe (książki w bibliotekach

klinik i szpitali, treść wygłaszanych w tych instytucjach prelekcji dla pacjentów, program organizowanych koncertów i przedstawień itp.).

Realizacja działań kulturoterapeutycznych według wymienionych zasad staje się warunkiem ich efektywności wyrażonej w poziomie wsparcia pacjentów w walce z chorobą.

7. Funkcje społeczne kulturoterapii

Charakteryzowane w tym opracowaniu pozamedyczne oddziaływania na pacjentów pełnią, niezależnie od ich wieku i rodzaju leczonego schorzenia, liczne funkcje. W pierwszym rzędzie osłabiają one poczucie nadmiaru wolnego czasu, umożliwiają zagospodarowanie tego czasu, a przez to przeciwdziałają odczuwaniu nudy i monotonii szpitalnej. Pozwalają one, przynajmniej czasowo, zapomnieć o chorobie, oddziałują na nich odprężająco, zapobiegają powstawaniu „czarnych myśli”, które niejednokrotnie nacierają pacjentów. Są profilaktyką negatywnych następstw długiego leczenia (np. przez ruch i ćwiczenia gimnastyczne zapobiega się odleżynom). Osłabiają też proces zaniku, wskutek przerwy w pracy, umiejętności zawodowych. Ale wdrażają też pacjentów do prawidłowego uczestnictwa w kulturze i kształtują u nich nawyki w tym zakresie. Najważniejszą z funkcji jest ta, która polega na wspieraniu chorego człowieka w walce z chorobą, a zarazem wyraża się w niesieniu pomocy pacjentom w przezwyciężeniu choroby. Wspierają go – jak widać – różne formy kontaktu z kulturą fizyczną, sztukami plastycznymi, muzyką, teatrem, literaturą oraz nauką (wiedzą).

8. Możliwość optymalizacji

Funkcje działalności pozamedycznej realizowane w klinikach i szpitalach, zwłaszcza stymulowanie przez nią procesu powrotu pacjenta do zdrowia, upoważnia do snucia wniosków o potrzebie jej dalszego rozwoju. Wspieranie tego rozwoju wyrażać się powinno w poprawie infrastruktury służącej tej działalności. Szczególnie chodzi o infrastrukturę (sale, sprzęt, pomoce) w małych szpitalach, zaniedbanych w tej dziedzinie. Istnieje też potrzeba zatrudnienia, przynajmniej w dużych klinikach i szpitalach, specjalnego pracownika do organizowania (i koordynowania) kulturoterapii, tak jak zatrudnia się w nich duchownych, bibliotekarzy, przedszkolanki i nauczycieli (szpitale i kliniki dziecięce), dobrze przygotowanego do organizowania takiej akcji wśród pacjentów. W mniejszych zakładach lecznictwa zamkniętego obowiązki takie można przypisać sprawnej w działaniu pielęgniarce lub nawet pracownikowi administracyjnemu, odpowiednio przysposobionemu do omawianych w tym tekście czynności.

Doskonalić trzeba także metodykę i organizację terapeutycznej działalności, poszerzać jej formy organizacyjne. Do działań takich należy pozyskać przychyłność lekarzy, pielęgniarek, a nawet samych pacjentów. Mogą oni skutecznie wesprzeć prace na rzecz poszerzenia i doskonalenia kulturoterapii w klinikach i szpitalach.

W tym celu należy rozwinąć wymianę doświadczeń pomiędzy pracownikami w różnych instytucjach opieki. Wymiana taka mogłaby się też dokonywać poprzez publikowanie doświadczeń na łamach pisma kulturalno-oświatowego).

Niebezzasadnym wydaje się także postulat kontynuowania prac i starań o objęcie opieką kulturoterapeutyczną rekonwalescentów po opuszczeniu klinik czy szpitali (zajmują się tym doskonale niektóre sanatoria). Wtedy mogłyby ją organizować dla ludzi z różnych miejscowości lokalne placówki kultury (biblioteki, domy i centra kultury) oraz instytucje artystyczne (muzyczne, teatry, galerie sztuki) itp. O tym, że jest to możliwe i skuteczne, przekonują m.in. doświadczenia kilku teatrów amatorskich utworzonych z osób, które wcześniej zmagaly się z chorobą psychiczną.

Bibliografia:

Seniorzy w społeczeństwie XXI w., red. M. Krobicki, Z. Szarota, Kraków 2004.

J. Stochmialek, *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle teorii poznania*, [w:] *Człowiek istota nieznana*, red. E. Dubas, Łódź–Płock 2005, s. 141-156.

Z. Żukowska, *Styl życia a zagrożenia zdrowia jednostki i społeczeństwa w rozwijającej się cywilizacji*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. E. Marynowicz-Hetka, Warszawa 2007, s. 534-551.